

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1902

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 19 mars 1902, à 1 heure

PAR

Joseph ADDA

Ancien externe des hôpitaux

Né, à Saint-Eugène (Alger), le 13 mars 1876.

ICTÈRE ÉMOTIF

*Président : M. BRISSAUD, Professeur.**Juges : MM. { JOFFROY, Professeur.
RECLUS, Agrégé.
WURTZ, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS

(EN FACE LA FACULTÉ DE MÉDECINE)

1902

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1902

N°

245

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 19 mars 1902. à 1 heure

PAR

Joseph ADDA

Ancien externe des hôpitaux

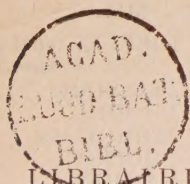
Né, à Saint-Eugène (Alger), le 13 mars 1876.

ICTÈRE ÉMOTIF

Président : M. BRISSAUD, Professeur.

*Juges : MM. { JOFFROY, Professeur.
RECLUS, Agrégé.
WURTZ, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS

(EN FACE LA FACULTÉ DE MÉDECINE)

1902

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale	BERGER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	DEJERINE.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	LANDOUZY.
	HAYEM.
Maladies des enfants	DIEULAFOY.
Clinique de pathol. mentale et des maladies de l'encéphale	DEBOVE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GRANCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	JOFFROY.
	FOURNIER.
	RAYMOND.
	TERRIER.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique ophtalmologique	TILLAUX.
Clinique des maladies des voies urinaires	DE LAPERSONNE.
Clinique d'accouchements	GUYON.
	PINARD.
Clinique gynécologique	BUDIN.
Clinique chirurgicale infantile	POZZI.
	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	FAURE.	LEGRY.	RIEFFEL (chef des
AUVRAY.	GILLES DE LA	LEGUEU.	travaux anatomiques.)
BEZANÇON.	TOURETTE.	LEPAGE.	TEISSIER.
BONNAIRE.	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THIERY.
BROCA Auguste.	GOUGET.	MARION.	THIROLOIX.
BROCA André.	GUIART.	MERY.	THOINOT.
CHASSEVANT.	HARTMANN.	POTOCKI.	VAQUEZ.
CUNEO.	JEANSELME.	RENON.	WALLICH.
DEMELIN.	LANGLOIS.	REMY.	WALTHER.
DESGREZ.	LAUNOIS.	RICHAUD.	WIDAL.
DUPRE.			WURTZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et n'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BRISSAUD

Professeur de pathologie médicale.

Chevalier de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

Ayant eu l'occasion d'observer trois cas d'ictère survenus immédiatement après une émotion violente et nous souvenant des difficultés soulevées au sujet de la pathogénie de ce syndrome, nous résolûmes d'en faire le sujet de notre thèse.

Notre travail n'a d'autre but que de tracer une simple esquisse des ictères biliphéiques qui apparaissent à la suite d'émotions violentes, esquisse provisoire bien entendu, car les faits sont encore trop restreints pour avoir la prétention de fixer définitivement la science à ce sujet.

Mais avant d'aborder notre sujet, nous avons un devoir à remplir, devoir auquel nous ne voudrions point manquer, heureux de trouver cette occasion pour témoigner notre reconnaissance aux maîtres qui ont guidé nos études médicales.

Il nous semble difficile d'exprimer comme nous voudrions le faire, à M. le professeur agrégé Thiroloix, nos remerciements pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant le cours de nos études ; c'est sous son inspiration que nous avons entrepris notre travail. Qu'il

veuille bien accepter l'hommage de notre profonde reconnaissance.

A M. le professeur Delens, notre premier maître dans l'externat (Hôtel-Dieu), nous devons des témoignages de sympathie pour l'affectueuse sollicitude dont il nous a donné tant de preuves.

Nous avons eu l'honneur d'être l'externe de M. Routier, chirurgien de l'hôpital Necker, nous n'oublierons pas ce que nous devons à cet éminent maître.

M. Chevalier, chirurgien des hôpitaux, a été pour nous non seulement un maître aimé, mais il nous a encore aidé de ses conseils, dans beaucoup d'autres circonstances, et jamais il n'a cessé de nous montrer à quel point il s'intéressait à nous, aussi tenons-nous à lui affirmer notre reconnaissance.

Nous garderons toujours un vif souvenir de notre seconde année d'externat passée dans le service de M. le docteur Dreyfus-Brisac à l'hôpital Lariboisière.

Nous lui devons, en effet, la plus grande partie de nos connaissances médicales et nous aimons à nous rappeler ses leçons si claires et si instructives faites chaque jour au lit du malade.

Nous le prions de bien vouloir accepter nos remerciements.

Que M. le professeur Pinard veuille bien agréer l'expression de notre reconnaissance pour avoir voulu nous accepter comme stagiaire à la clinique Baudelocque. Que M. le professeur Brissaud, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, veuille bien agréer l'expression de notre gratitude la plus vive.

HISTORIQUE

La forme clinique de l'ictère émotif semble avoir été connue dès la plus haute antiquité. L'expression vulgaire, « se faire de la bile », se rattache probablement à cet état morbide, et se dit des gens nerveux et facilement impressionnables.

Toutefois la question en ce qui nous intéresse ne pouvait être posée qu'après connaissance du mode de sécrétion et d'excrétion de la bile.

Elle naît avec Sunders qui, le premier, fit, en 1825, la ligature du canal cholédoque, et put suivre le passage de la bile dans le sang : deux heures après la ligature, il trouva de la bile dans les vaisseaux lymphatiques qui vont jusqu'au canal thoracique.

En 1826, Tiedman et Gmelin ont repris ces expériences sur les chiens et ont observé, vers le deuxième ou troisième jour, l'apparition du pigment biliaire dans l'urine, le sang et les lymphatiques, une coloration ictérique des conjonctives et une décoloration des matières fécales.

En 1808 M. Chapp, chirurgien principal du 4^e corps de

la grande armée, a publié une observation d'ictère spasmodique et dit que l'ictère est une des affections les plus communes que la frayeur et le chagrin peuvent donner.

En 1836, Lombard, dans la *Gazette médicale*, faisait paraître deux observations d'ictère spasmodique, et conclut à l'existence d'un ictère spasmodique.

La même année, le docteur François, de Mons, parle de l'ictère émotif et de son traitement.

D'après lui, les causes morales irritent les organes digestifs et biliaires par l'intermédiaire du cerveau, de la moelle spinale et des nerfs ganglionnaires.

En 1845, M. Decraisne parle de l'ictère émotif et attribue ces variétés de jaunisse à un défaut de sécrétion et non de résorption ; il cite deux observations.

En 1865, M. Grisolle, dans sa *Pathologie interne*, discute la pathogénie de l'ictère et n'exclut pas l'idée du spasme des voies biliaires.

En 1869, M. Laborde, dans sa thèse d'agrégation, sur la physiologie pathologique de l'ictère, prouve la présence de fibres musculaires dans les conduits hépatiques ; il admet la production de l'ictère par la possibilité d'un état spasmodique des conduits cholédoque et cystique, d'où le nom d'ictère spasmodique.

Vers la même époque, le professeur Sée publie les résultats de ses expériences faites sur le nerf vague ; ce nerf agirait, quoique indirectement, sur la sécrétion biliaire ; que le nerf vague vienne à éprouver une action paralysante, il en résultera une congestion passive du foie, c'est-à-dire une perturbation persistante de la circulation hépatique, amenant dans la

sécrétion de la bile une modification dont l'effet serait l'ictère.

En 1874, Audigé, dans sa thèse inaugurale, démontre par plusieurs expériences que ce n'est pas, comme on le croyait généralement à cette époque, trois jours après l'oblitération ou la ligature du canal cholédoque, qu'apparaissent les pigments biliaires dans les urines ; mais que le passage de la bile dans le sang et dans les urines se fait avec une très grande rapidité ; il suffit de trois ou quatre heures, pour que les matières pigmentaires de la bile résorbée soient appréciables aux réactifs ordinaires. Mais la coloration ictérique des téguments n'est appréciable que longtemps après l'apparition des matières pigmentaires dans l'urine.

En 1874, Jules Simon, parlant de l'ictère dans le *Nouveau dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, dit que la jaunisse qui survient sous l'influence d'émotions vives, ne doit pas être exclusivement attribuée au resserrement du canal cholédoque, mais surtout à des troubles de sécrétion (hypersecrétion) survenus par l'intermédiaire du système nerveux.

En 1878, Laborde publie une série d'articles dans la *Tribune médicale*, et d'après d'intéressantes recherches biliaires, il a prouvé expérimentalement que ces conduits étaient susceptibles de se contracter, et que leur spasme était réel.

En 1879, Potain, dans une clinique faite à l'hôpital Necker, sur un cas d'ictère spasmodique secondaire, donne son opinion ingénieuse sur la pathogénie de cette forme d'ictère.

En 1882, M. Hardy fait une clinique à la Charité, sur un cas d'ictère émotif, mais ne donne pas son opinion, car, dit-il, nous reconnaitrons notre ignorance sur la cause de l'ictère émotif.

En 1884, Potain fait une leçon clinique sur un cas d'ictère émotif, et donne de nouveau son opinion sur la pathogénie de cet ictère, pathogénie que nous discuterons.

En 1884, M. Rendu rapporte l'observation d'un cas d'ictère émotif et admet la théorie du spasme des voies biliaires.

La même année, M. Mendiboure fait une thèse sur la pathogénie de l'ictère émotif et conclut en disant que l'ictère émotif peut s'expliquer par une polycholie et par un spasme violent des conduits biliaires.

En 1885, M. Douillet (thèse de Lyon) : « Après la ligature du canal cholédoque, nous avons constaté la présence de la bile dans la lymphe du canal thoracique ; si l'on établit alors une forte pression dans les voies biliaires, on trouve, dans les instants qui suivent, une notable quantité de bile dans le sang des veines sus-hépatiques. »

En 1889, M. Bernheim dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, rejette l'ictère spasmodique, l'ictère paralytique et admet l'ictère par polycholie.

En 1890, M. Chauffard, dans les *Archives générales de médecine*, cite l'observation d'un ictère émotif. « Le point capital de cette observation, dit-il, c'est qu'elle suffit à ruiner au moins dans son application générale, la théorie de l'ictère dit spasmodique. »

A la même époque, M. Daraignez fait sa thèse : « sur l'essai de la pathogénie de l'ictère ».

En 1894, M. Variot rapporte une observation d'ictère émotif chez un enfant de 4 ans 1/2 et donne une nouvelle cause de l'apparition de cet ictère.

A la même époque le professeur Potain fait une clinique à la Charité et confirme son opinion première.

A partir de cette époque plusieurs thèses furent faites sur l'ictère émotif.

En 1895, M. Fransès et M. Laffite ; en 1898, M. Guerbé ; en 1900 M. Bermann et en 1901 M. Picard.

M. le professeur Debove fit une clinique en 1901 à l'hôpital Beaujon et dit qu'il y a à distinguer 2 sortes d'ictère émotif : les uns instantanés ou rapides, les autres tardifs ; d'après ce professeur aucune théorie des ictères tardifs ou rapides n'est satisfaisante.

Dans la deuxième édition du *Traité de médecine*, M. Chauffard parle de l'ictère émotif : quoi qu'il en soit de sa pathogénie encore discutable, dit-il, et peut-être différente suivant les cas, l'ictère émotif constitue un type de processus par réaction nerveuse, et présente des caractères spéciaux.

ÉTIOLOGIE

Le qualificatif même du syndrome « ictère émotif » en indique l'étiologie.

La connaissance de l'émotion est même si connue du public, que nombre de malades indiquent au médecin comme cause de leur jaunisse une vive émotion morale.

Les médecins sont et doivent être, à cet égard, beaucoup plus sceptiques, et bien souvent on peut rattacher à la série des ictères catarrhaux bénins les cas de ce genre, les malades présentant depuis plusieurs jours des troubles gastro-intestinaux au moment où ils deviennent ictériques.

Dans les cas vrais, il s'agit d'un ébranlement nerveux, violent, qui a brusquement secoué l'organisme et provoqué l'intoxication biliaire.

Ce sont surtout les émotions vives et subites, principalement les accès de colère, la frayeur, une grande souffrance psychique, qui parviennent quelquefois à engendrer un ictère émotif.

Outre ces causes génératrices, les causes prédispo-

santes ne jouent pas un rôle moins important, car cet ictère ne se montre pas indifféremment chez tout individu.

Il se montre de préférence chez les personnes nerveuses et impressionnables, et en particulier chez les femmes hystériques, au moment de la menstruation, chez les herpétiques, les alcooliques, etc.

Aussi, le plus grand nombre d'observations d'ictère émotif concernent des femmes ou des enfants chez lesquels le système nerveux est plus ébranlable que chez l'homme.

Des influences prédisposantes particulières comme l'impaludisme, les maladies infectieuses, peuvent être citées. Mais il faut surtout signaler l'influence considérable et prépondérante de l'état gastrique antérieur ou actuel du malade.

L'ictère émotif, comme nous l'avons dit plus haut, survient avec une plus ou moins grande rapidité après la frayeur ou la colère qui en est la cause ; il a fallu quelques minutes, quelques heures, plusieurs jours même pour que la teinte jaunâtre des muqueuses et des téguments apparaisse. D'où la distinction qui s'impose entre l'ictère émotif subit, immédiat ou précoce et l'ictère des jours consécutifs à l'émotion ou tardif, médiat.

L'émotion joue un très grand rôle dans la pathologie et nous ne saurons mieux faire que d'emprunter au livre de M. Feré ce qui a trait à l'émotion.

Les effets pathologiques des émotions sont dus, en partie, aux conditions mécaniques qui en constituent les bases physiologiques, et en partie aux défauts indivi-

duels congénitaux ou acquis qui constituent les prédispositions morbides ; les émotions provoquent des accidents morbides, elles déterminent des aptitudes morbides, et elles éveillent des prédispositions morbides ; nous allons les suivre successivement dans ces influences,

Sous l'influence des émotions, il se produit des modifications importantes de la circulation se traduisant à la face principalement par la rougeur et la pâleur. On rougit de honte, on pâlit de peur.

Par suite de l'augmentation de tension artérielle, il y a augmentation du travail mécanique du cœur pouvant entraîner la défaillance de cet organe et la syncope, ou même la mort subite. Cet accident s'observe dans la colère et à propos d'émotions sthéniques moins violentes. Léon X mourut en apprenant la prise de Milan.

L'influence des émotions tristes a surtout un effet désastreux chez les individus malades : on a souvent signalé les tristes effets des soins religieux à l'article de la mort sur des chrétiens ou convaincus. Ce ne sont pas seulement les émotions brusques qui sont capables de déterminer la mort ; on a observé la mort par syncope chez les individus qui vivaient dans l'attente d'une opération. C'est même là un des mécanismes de la mort dans la chloroformisation.

Les émotions peuvent provoquer des troubles de la circulation périphérique : rupture des vaisseaux altérés, hémorrhagies diverses ; on a noté l'épistaxis et l'hémoptysie à la suite de la colère et de la peur. Lancereaux

dit que l'hématurie névropathique se produit souvent à la suite d'une émotion violente.

Les émotions dépressives amènent avec le ralentissement graduel de la circulation et de l'abaissement de pression, des stases périphériques, des congestions passives, des œdèmes qui se manifestent d'autant plus facilement que le cœur et les vaisseaux offrent des altérations anatomiques.

On observe un arrêt des hémorragies physiologiques à la suite d'émotions vives, l'aménorrhée en est la conséquence.

Les émotions morales ont une action sur la respiration, ainsi la colère tue par suffocation.

L'action de la peur sur la constitution du sang n'est plus contestée. Lancereaux a vu à la suite d'une peur une aptitude aux hémorrhagies qui amena rapidement la mort.

Les émotions se terminent en accès de goutte chez un goutteux, provoquent de la glycosurie chez le diabétique et prennent part au coma diabétique.

Les affections morales pénibles ont provoqué l'apparition d'affections cutanées dont les principales sont : l'érythème, l'urticaire, le purpura, l'herpès.

On a même noté des troubles trophiques de la peau et de ses annexes.

Les émotions peuvent déterminer une véritable sialorrhée et parfois le contraire, c'est-à-dire la sécheresse de la bouche.

Les émotions ont une certaine influence sur la digestion :

Les émotions toniques facilitent la digestion, les émo-

tions pénibles agissent en sens inverse, elles peuvent tarir la sécrétion du suc gastrique et des sucs intestinaux.

On observe des modifications des voies urinaires, polyurie qui peut durer de plusieurs heures à plusieurs jours ; albuminurie transitoire (Teissier de Lyon), polyurie et glycosurie (Richardson).

Les émotions morales provoquent des mictions involontaires, peuvent déterminer des spasmes constituant de véritables rétrécissements.

Les émotions ont une influence sur la motilité volontaire.

Les muscles se tendent sous l'influence des émotions sthéniques, ils se relâchent sous l'influence des émotions dépressives.

Elles agissent sur les muscles de la vie organique.

Sous l'influence de la peur, par exemple, le relâchement des muscles des membres inférieurs qui se traduit par du tremblement et de la parésie, s'accompagne d'inertie des sphincters.

Les anciens et en particulier Tissot, avaient déjà noté que c'est surtout sur les maladies nerveuses que l'influence des émotions est bien marquée.

On a signalé un cas de neurasthénie cérébrale, la perte de l'audition et l'amblyopie à la suite de peur.

La paralysie agitante est très fréquemment consécutive à la frayeur et aux chagrins.

Dans la chorée la peur joue le plus grand rôle.

L'épilepsie est provoquée par la terreur, l'anxiété, la colère.

L'angine de poitrine est provoquée par la crainte, l'asthme par les émotions vives.

La peur et surtout les chagrins jouent un rôle important dans le développement du goître exophtalmique (Trousseau), provoquent les troubles mentaux si fréquents dans le cours de la maladie du Basedow (Jensen et Jacquin).

Lancereaux donne l'observation d'un vannier de 26 ans, qui, à la suite d'une frayeur causée par un coup de tonnerre, eut une névrite périphérique.

Landouzy a observé une athétose à début brusque à la suite d'une frayeur.

L'émotion joue un rôle bien manifeste dans l'étiologie des exclamations spasmodiques (écholalie, caprolalie) ou des tics irritatifs.

Mais, en retour, les émotions agréables peuvent avoir une influence sur l'évolution de toutes les maladies : « In omni morbo lætari bonum », dit l'aphorisme hippocratique.

FORMES CLINIQUES DE L'ICTÈRE

A la suite d'une vive émotion, un individu présente, sans malaise, une coloration jaune des muqueuses et de la peau.

L'ictère apparu, nous assisterons à tous les phénomènes qui en sont habituellement la conséquence. Avant d'atteindre la peau la coloration anormale frappe certaines muqueuses, les conjonctives et la muqueuse linguale surtout à la face inférieure. Elle se répand ensuite sur tout le corps, sa teinte varie du jaune clair au jaune foncé et peut aller jusqu'au jaune safran.

Les urines sont fortement teintées en brun acajou par la présence du pigment biliaire qu'il est facile de mettre en évidence par les différents procédés classiques.

Le prurit généralisé est un des symptômes principaux qui apparaît presque en même temps que l'ictère.

Les troubles digestifs antérieurs et ceux dus à l'ictère s'associent. La langue est presque toujours épaisse, saburrale, les digestions pénibles, des nausées.

Les selles sont en général décolorées ; mais il est des cas où elles restent colorées pendant quelques jours

pour se décolorer dans la suite. L'observation de M. Chauffard est un exemple évident.

Le foie demeure normal ou ne présente qu'une augmentation de volume insignifiante et n'est pas douloureux.

La rate, contrairement à ce qui a lieu dans l'ictère catarrhal, conserve son volume ordinaire, et si elle vient à s'accroître, c'est tardivement lorsqu'un ictère infectieux vient s'ajouter à l'ictère émotif.

Les appareils pulmonaire et respiratoire restent généralement sains. Mais on a noté le ralentissement du pouls, la présence au niveau du cœur d'un souffle qui a été diversement interprété et localisé, extra-cardiaque, mitral ou tricuspide, suivant les auteurs.

Le système nerveux n'est pour ainsi dire pas touché ; mais on a mentionné des troubles de la sensibilité générale, l'arthralgie, quelques plaques d'anesthésie.

Mentionnons la xanthopsie. La température reste normale.

Tels sont rapidement les symptômes qui se rencontrent dans l'ictère en général.

L'ictère émotif a un début qui peut être absolument brusque, la coloration jaune apparaît immédiatement, de nombreux exemples ont été cités.

D'autres fois le début est moins rapide, c'est quelques temps après l'émotion que la coloration jaune apparaît. Dans ce cas on constate qu'entre l'émotion causale et l'ictère consécutif, le malade a présenté des symptômes d'embarras gastrique : de la perte de l'appétit, de la diarrhée ou de la constipation, de la céphalalgie, du brisement des membres, de la courbature.

Précisément, l'embarras gastrique seul peut déterminer de l'ictère par infection des voies biliaires, par tuméfaction consécutive de la muqueuse des conduits, même quelquefois par la production d'un bouchon muqueux au niveau de l'ampoule de Vater.

Il y aura donc là, *ictère secondaire*, ictère infectieux bénin, l'embarras gastrique est primitif et c'est lui qui sera sous la dépendance directe de l'émotivité.

Il est donc un point très intéressant, c'est l'influence des phénomènes sur la marche de la maladie : à ce point de vue, il y a deux variétés absolument distinctes :

1° L'ictère émotif, immédiat, primitif, est léger, il dure ordinairement 6 à 8 jours, rarement plus et se termine par la guérison. Les symptômes sont très atténués, la coloration jaune de la peau et la présence de la bile dans les urines sont presque les seuls signes. (Gmelin, Heichraft, Salkowski.) Il peut se compliquer, il est vrai, d'embarras gastrique dû peut-être aussi à l'émotivité et, ayant débuté comme ictère émotif, il se continuera avec tous les phénomènes d'ictère catarrhal ; le pronostic dans ce cas sera réservé, car il faut se rappeler avec Trousseau que les ictères les plus simples peuvent devenir nocifs.

2° L'ictère émotif secondaire, retardé, dont le pronostic sera plus sérieux. Les symptômes sont plus accentués que dans le premier cas ; on note tous les symptômes d'un ictère catarrhal.

Le retentissement de l'émotion sur l'estomac indique fréquemment au niveau de cet organe un *locus minoris resistentiæ* et dans ces cas surtout il faudra s'occuper de l'état général et des maladies antérieures.

Dans ce cas surtout, il faudra faire un examen sérieux des urines, il n'aura pas pour but de révéler seulement la présence des pigments biliaires, mais il faudra rechercher avec soin la présence de l'albumine, des cylindres.

La présence persistante de l'albumine indique que les reins sont fortement lésés et le pronostic n'en est que plus sombre. Les symptômes pourront dégénérer en symptômes *d'ictère grave*, malin.

PATHOGÉNIE

La pathogénie de l'ictère émotif est sans contredit la partie la plus intéressante de la question, mais elle est aussi celle qui est la plus controversée. Un aperçu rapide de l'anatomie et de la physiologie des voies biliaires ne peut que rendre plus facile les interprétations pathologiques.

Les voies biliaires ou appareil excréteur du foie sont constituées par un canal ramifié qui conduit la bile du foie dans l'intestin et par un réservoir interposé sur le trajet de ce canal.

Ce conduit excréteur, dont les rameaux plongent dans l'épaisseur du foie, comprend 3 parties :

1° Les canaux biliaires intra-hépatiques qui se divisent en conduits périlobulaires, conduits interlobulaires et les conduits biliaires proprement dits.

L'ensemble des voies biliaires intra-hépatiques peut être comparé à un arbre dont le tronc est représenté par le canal hépatique et dont les innombrables rameaux, touffus et enchevêtrés, s'anastomosent entre eux.

Les canaux biliaires représentent dans leurs parois des

formations glandulaires rudimentaires, qu'on appelle glandes biliaires.

2° Le canal hépatique, en dehors du foie, dans lequel se résument les canaux biliaires ; il s'étend du hile du foie à l'embouchure du canal cystique, présentant une longueur moyenne de 2 à 3 centimètres et un diamètre de 25 millimètres environ.

3° Le canal cholédoque qui commence au-dessous de l'embouchure du conduit de la vésicule biliaire et qui n'est que le segment inférieur du canal hépatique ; il se termine en bas dans le duodenum au fond de l'ampoule de Vater qui lui est commune avec le canal pancréatique. Sa longueur est de 6 à 7 centimètres, et environ 5 à 7 millimètres de diamètre.

Le réservoir est la vésicule biliaire avec son canal excréteur, le canal cystique, c'est un appareil surajouté qui manque chez un assez grand nombre d'animaux.

La structure des voies biliaires est assez simple :

1° Une tunique muqueuse qui est constituée par deux couches : un épithélium, et un derme ou chorion.

2° Une tunique fibro-musculaire formée par des lames conjonctives et des fibres musculaires lisses.

3° De plus il existe une tunique externe, appelée parfois tunique séreuse, spéciale à la vésicule et qui ne se rencontre pas sur les autres parties des voies biliaires.

Les vaisseaux des voies biliaires sont représentés au point de vue artériel par les artères hépatiques et cystiques ; et au point de vue veineux par les veines cystiques superficielles et profondes, les veines hépatiques et pancréatico-duodénales.

Les vaisseaux lymphatiques des canaux hépatique, cystique et de la partie supérieure du cholédoque aboutissent aux ganglions du hile; quant à ceux de la portion inférieure du cholédoque ils se rendent probablement aux ganglions qui avoisinent la tête du pancréas.

Les nerfs se détachent des plexus qui entourent la veine porte et l'artère hépatique; quelques filets cheminent le long du cholédoque à la surface duquel on les aperçoit facilement.

Au point de vue physiologique, la bile sécrétée par le foie, passe dans les canaux biliaires excréteurs intra-hépatiques, puis dans le canal hépatique pour venir se déverser dans la vésicule biliaire, d'où elle est excrétée lorsque le contenu acide de l'estomac vient toucher l'orifice du canal cholédoque (1).

La bile s'écoule dans le système biliaire, poussée par son accumulation même, c'est-à-dire par la sécrétion continue de nouveau liquide en arrière d'elle, jusqu'à l'établissement d'une certaine pression; au-delà de cette pression, s'il n'y a pas écoulement, la sécrétion cesse du côté du canalicule, et les produits de la bile sont alors déversés à l'autre pôle de la cellule, dans le capillaire sanguin, peut-être dans le lymphatique, d'où l'apparition d'ictère.

D'autre part, la progression du liquide est aidée par les contractions musculaires des canaux: leurs mouvements péristaltiques existent, mais faibles, chez les mammifères.

(1) POIRIER et CHARPY. — *Anatomie humaine*.

Le branchement qui aboutit à la vésicule se remplit, à son tour, grâce à un système d'aiguillage constitué par un sphincter important (sphincter d'Oddi), situé sur le cholédoque, au-dessous de la réunion des canaux hépatique et cystique.

Lorsqu'il y a contraction de ce sphincter et relâchement de la vésicule, la bile pénètre du canal hépatique dans le canal cystique et remplit la vésicule.

Inversement, au moment de la chasse biliaire, la vésicule se contractant, le sphincter d'Oddi se relâchant, tout le contenu du réservoir est projeté dans l'intestin.

Le rôle du système nerveux dans la contracture musculaire des voies biliaires est, actuellement, bien déterminé. L'excitation des nerfs grands splanchniques provoque la contraction de tout l'appareil : le relâchement ne peut, au contraire, être obtenu que par voie réflexe : l'excitation du bout central du grand splanchnique détermine le relâchement de la vésicule : l'excitation du bout central du vague provoque le relâchement du sphincter duodénal, en même temps que la contraction de la vésicule.

Quant au sphincter d'Oddi, il a un centre spinal au niveau de la première paire lombaire ; l'excitation électrique de la racine antérieure de cette partie provoque la contraction spasmodique du sphincter.

Enfin le tonus des sphincters serait maintenu par des ganglions sympathiques situés entre les fibres musculaires et de l'intestin et celles du sphincter (Oddi et Rosciano).

Ces différents réflexes qui rendent la vésicule biliaire très sensible aux moindres excitations modifient, naturellement, l'écoulement de la bile : aussi la quantité sécrétée varie-t-elle beaucoup, suivant les influences excrétrices que nous venons de voir et suivant les influences sécrétrices.

La sécrétion biliaire aboutit à la formation d'un liquide de composition assez complexe, la bile : liquide excrémentiel pour une part et dont les matériaux sont définitivement éliminés au dehors ; liquide à rôle intestinal pour une autre part, dont les matériaux, repris par l'absorption intestinale, sont reportés au foie, constituant une véritable mise en lumière par Schiff.

La bile a donc un double rôle : d'une part elle sert à débarrasser le foie de certains produits de son activité, et, d'autre part, elle joue un rôle dans la digestion, en particulier dans la digestion des graisses.

Le système nerveux joue un rôle considérable dans les variations quantitatives de la bile.

M. Franck pense que l'excitation d'un grand nombre de centres agit sur la sécrétion biliaire, ainsi que celle des nerfs et de toute surface sensible (moelle cervicale, nerf mixte crural ou sciatique).

L'excitation du tronc ou du bout central du pneumogastrique détermine une augmentation momentanée (Arthaud et Butte) de la sécrétion biliaire ; l'excitation du bout périphérique détermine, au contraire, une diminution de la sécrétion. Les nerfs splanchniques agissent de même.

Un grand nombre de réflexes agissent sur la sécrétion

biliaire ; c'est par voie réflexe que la sécrétion de la bile est troublée dans beaucoup d'interventions chirurgicales portant principalement sur le foie et les voies biliaires, etc.

Les troubles de la sécrétion biliaire sont caractérisés, soit par une sécrétion exagérée ou hypercholie que l'on observe dans quelques cas, et à laquelle seraient rattachables certains ictères, soit par une sécrétion biliaire diminuée ou nulle, hypocholie ou acholie, avec décoloration des selles, mais sans ictère ni pigments biliaires dans le sang ou dans les urines.

On observe des troubles de l'excrétion biliaire caractérisés principalement par l'ictère avec ou sans décoloration des fèces. Si les selles sont décolorées, c'est que la bile ne peut s'écouler dans l'intestin : il y a un obstacle sur les voies biliaires interceptant entièrement le cours de la bile. Si les selles sont normalement colorées, l'obstacle excréteur n'est que partiel et n'entrave pas entièrement le cours de la bile. (1)

Ces données normales permettent-elles d'expliquer l'éclosion de l'ictère émotif ? Elles ont été invoquées comme nous allons le voir par les différents auteurs qu'a intéressés la question de l'ictère émotif. Tour à tour, nous allons voir incriminer le spasme biliaire, la paralysie et l'hypersécrétion biliaire.

(1) CARNOT et GILBERT. — *Fonctions hépatiques.*

I. — THÉORIE DU SPASME DES VOIES BILIAIRES

L'émotion est la cause de nombreux spasmes. Peut-il y avoir spasme du canal cholédoque ? Il faudrait pour cela la présence de fibres musculaires dans les canaux biliaires. Or, d'après l'histologie, nous savons qu'il en existe. Et partant les expériences faites par M. Laborde et son élève Audigé démontrent nettement la contractilité des voies biliaires. Laborde a fait une expérience sur la vésicule biliaire du supplicié Campi. La vésicule biliaire du supplicié Campi, dit Laborde, était ridée et complètement aplatie sur elle-même. Sous l'influence d'un courant électrique, il se formait à sa surface des rides très visibles, des contractions qui s'étendaient jusqu'à l'embouchure du canal cystique.

Nous pouvons donc conclure, malgré les données négatives de l'histologie, à la contractilité des voies biliaires, et nous savons d'après les expériences de Sanders que deux heures après la ligature du canal cholédoque, la bile passait dans le sang et les vaisseaux lymphatiques, d'où apparition de l'ictère.

Audigé, en 1874, reprend les expériences et pour lui ce n'est pas, comme on le croyait généralement à cette époque, 3 jours après l'oblitération ou la ligature du canal cholédoque, qu'apparaissent les pigments biliaires dans les urines ; mais le passage de la bile dans le sang et dans les urines se fait avec une très grande rapidité, il suffit de trois ou quatre heures pour que les matières pigmentaires de la bile résorbée soient appréciables aux

réactifs ordinaires. Mais la coloration ictérique des téguments n'est appréciable que longtemps après l'apparition des matières pigmentaires dans l'urine.

Le professeur Ludwig après avoir lié le canal cholédoque et constaté la résorption biliaire par les lymphatiques, eut l'idée de lier le canal thoracique.

Il constate que dans ce cas, pigments et acides biliaires ne pénètrent plus dans le sang, après l'obstruction du cholédoque. Les capillaires sanguins ; d'après ce professeur, ne résorberaient donc pas la bile ; ce rôle serait exclusivement réservé aux lymphatiques hépatiques.

La résorption biliaire est donc certaine et prouvée.

Donc toute entrave à la circulation de la bile amènera sa résorption et par conséquent l'ictère.

Cependant Hanot et Gombault ont constaté un cas d'oblitération du cholédoque sans ictère.

Un spasme est-il capable de déterminer un effet semblable à la ligature, en d'autres termes les canaux biliaires sont-ils capables en se contractant de déterminer un rétrécissement suffisant pour que l'écoulement de la bile soit entravé.

Il existe plusieurs défenseurs de cette théorie qui admettent la possibilité d'une contraction spasmodique à vide des voies biliaires à la suite d'une émotion

Laborde est le premier défenseur ; Charcot ne rejette pas absolument le spasme : « Lors du passage d'un calcul dans le canal cholédoque, dit-il, la production de l'ictère est chose commune. Mais parmi les calculs rendus il y en a de petits, il est donc nécessaire de faire

intervenir d'autres influences que celles qui sont relatives à la dimension du canal cholédoque et à celle des concrétions. C'est ici le lieu de supposer, peut-être, que le spasme du canal cholédoque exerce une certaine action en occasionnant l'obstruction complète, absolue de ce canal. »

Franck semble être aussi de cet avis : « L'ictère émotif, celui de la colère, reconnaît certainement pour cause la résorption des pigments de la bile accumulés sous pression dans les canaux hépatiques, faute d'un écoulement suffisant par les voies naturelles. De même la provocation des coliques hépatiques par les excès de colère semble bien montrer que sous l'influence cérébrale, l'appareil excréteur de la bile se contracte énergiquement et produit l'engorgement de calculs vésiculaires dans les canaux trop étroits pour leur donner librement passage. »

M. Rendu semble se ranger à cette théorie ; rapportant l'observation d'un ictère à la suite d'une vive contrariété il dit : « C'est donc bien d'un ictère par rétention qu'il s'agit, et ceci vient fournir un argument à l'appui de la théorie du spasme des voies biliaires.

La brusquerie du début de l'ictère, la rapidité de son développement, en rapport avec une obstruction complète, quoique momentanée du canal, sa disparition non moins rapide au quatrième jour, tout cela plaide en faveur d'une contracture passagère des muscles lisses qui constituent les parois des voies biliaires. »

M. le docteur Daraigne dans sa thèse sur la pathogénie de l'ictère émotif conclut en disant : « L'ictère

émotif est à bon droit dénommé ictère spasmodique. »

La théorie de l'ictère par spasme des voies biliaires rencontre beaucoup de contradicteurs.

Nous ne saurions mieux faire que de citer les paroles du professeur Potain, dites dans une leçon clinique en 1879 : « Quant au mécanisme de l'ictère spasmodique primitif, il est plus difficile ; on ne peut invoquer un spasme produisant l'obstruction momentanée et immédiate, car les fibres musculaires n'existent pas dans les voies biliaires, et il faudrait trouver des éléments contractiles pour faire prévaloir cette hypothèse. D'ailleurs il serait nécessaire que la contraction eût une longue durée, puisque après la ligature du canal il faut plusieurs heures, et même plusieurs jours (Frerichs) pour amener l'ictère.

« Pour accepter une autre explication, dit-il, l'émotion morale vive produit un trouble profond dans la circulation abdominale, une diminution de la tension sanguine ; or si la tension diminue ainsi brusquement, il en résulte subitement une grande différence entre la tension sanguine et la tension des canalicules biliaires, d'où le passage des produits biliaires du côté où la tension est la plus faible. »

En 1894 il ajoutait : « Les modifications de pression ne sont pas tout ; M. Laborde a montré que les voies biliaires sont contractiles, toute excitation amène une rétraction lente de leurs parois, et cette rétraction élève la pression. M. Lépine, ayant introduit dans leur cavité un tube et un manomètre, a vu la pression s'élever en quelques

minutes sous l'influence des excitations. Si toute émotion ne produit pas ces effets, c'est qu'il s'agit encore ici d'une influence réflexe ; or, les réflexes sont variables, ils se diffusent partout, mais il se rencontre des organes plus ou moins sensibles. L'ictère immédiat n'a en somme rien de mystérieux et l'explication est facile.»

C'est là, à notre humble avis, la théorie pathogénique la plus complète qui ait été donnée de l'ictère émotif, on devrait y joindre, nous semble-t-il, un autre élément, le spasme biliaire dont la possibilité a été surabondamment démontrée par les expérimentateurs.

II. — THÉORIE DE LA PARALYSIE DES VOIES BILIAIRES

Les canaux excréteurs de la bile peuvent-ils se paralyser, et cette paralysie peut-elle, en entraînant la stase et la stagnation de la bile, déterminer l'ictère par résorption ?

La pauvreté des voies biliaires en fibres musculaires lisses, semble exclure l'idée de paralysie comme celle du spasme.

Toutefois cette théorie a trouvé des défenseurs, Frey, Henle. Laborde (1869), doutant de la durée du spasme biliaire pendant trois jours, dit : « La paralysie des voies biliaires paraîtrait plus favorable à une explication rationnelle des faits. Toutefois le fait n'a pas reçu de démonstration directe. » Nous savons que l'ictère apparaît avant 3 jours.

D'ailleurs M. Laborde est revenu sur son opinion pour adopter la théorie du spasme biliaire.

III. — THÉORIE DE L'HYPERSÉCRÉTION BILIAIRE

En présence de la coloration des fèces coexistant avec l'ictère, on s'est demandé s'il n'y avait pas un ictère produit par hypersécrétion de la bile ; par polycholie.

Grisolle dans son *Traité de pathologie interne* dit : « Ainsi nous croyons que, dans l'ictère dit spasmodique, la bile est sécrétée en plus grande abondance, et qu'elle est forcée par cela même de stagner dans les conduits où la matière colorante est résorbée et portée dans le torrent circulatoire. »

Bernheim admet cette théorie ; l'ictère par émotion morale, dit-il, peut être alors, comme le pense Vulpian, un ictère par polycholie dû à une influence exercée par les centres encéphaliques troublés dans leur fonctionnement par la secousse morale.

M. Chauffard se range à cette théorie et dit : « A l'incitation psychique, succède probablement un réflexe centrifuge arrivant au foie par les nerfs splanchniques, pour y déterminer une vaso-dilatation et peut-être en même temps une excitation sécrétoire. Claude Bernard nous avait déjà appris que pour le foie, le splanchnique est le nerf de la fonction. Mais tandis que le nerf vague préside surtout par voie centrifuge à la nutrition et est le nerf de nutrition ou de charge, le splanchnique con-

tribue spécialement aux phénomènes de désassimilation ; c'est le nerf de la fonction ou de décharge. »

M. le professeur Sée admet une modification dans la sécrétion de la bile.

« Le nerf pneumogastrique, dit-il, agirait sur la sécrétion biliaire ; que ce nerf vienne à éprouver une action paralysante et tout aussitôt la respiration se ralentit, tandis que le cœur s'accélère. Il en résulte une congestion passive, c'est-à-dire une perturbation suffisamment persistante de la circulation hépatique pour amener une modification dans la sécrétion de la bile dont l'effet serait l'ictère. »

Le professeur Potain a accepté l'idée de la dilatation paralytique des capillaires hépatiques et complète la théorie de la façon suivante :

Sous l'influence de la dilatation vasculaire, il y a abaissement brusque de la pression dans le système sanguin et la pression dans les canaux biliaires restant la même, il s'établit un courant exosmotique des vaisseaux biliaires vers les vaisseaux sanguins et la bile passe dans le torrent circulatoire.

La théorie paralytique n'explique pas l'apparition de l'ictère.

Cette théorie est très rationnelle, et nous pensons que le spasme joint à l'hypersécrétion biliaire sont les principales causes de l'ictère émotif.

IV. — ICTÈRE ACATHECTIQUE

Nous exposerons brièvement la théorie de Liebermeister.

Les cellules hépatiques sont douées de la remarquable propriété de retenir la bile produite par elles et d'empêcher son passage dans le sang et dans la lymphe. La diffusion générale de la bile est ainsi empêchée et elle ne peut circuler que dans les canaux biliaires.

Mais il est évident que cette propriété des cellules hépatiques n'est compatible qu'avec leur intégrité physiologique.

Que la cellule hépatique soit atteinte par un processus pathologique quelconque, et la bile, au lieu de prendre son chemin normal, peut passer dans le sang, d'où ictère acathectique comme l'appelle Liebermeister.

Talamon admet la théorie de Liebermeister: « Le trouble principal, dit-il, porte sur la cellule hépatique dont les fonctions biliaires sont activées en même temps qu'elle perd la propriété de retenir la bile formée, d'où la diffusion immédiate dans le sang de l'excès de bile sécrété; le mot d'ictère acathectique proposé par Liebermeister, nous paraît donc pouvoir être justement appliqué à l'ictère émotif. »

Si cette théorie est ingénieuse et plausible, elle ne peut pas être admise, tant qu'elle reste hypothétique et nullement expérimentée.

V. — M. Variot rapportant l'observation d'ictère émotif survenu chez un enfant de 4 ans 1/2 donne son opinion sur la pathogénie de cet ictère.

M. Variot ne trouve pas de fibres musculaires dans les canaux biliaires de l'homme et de l'enfant. « Les données anatomiques que je viens d'exposer sur la structure du cholédoque chez l'homme et chez l'enfant, dit-il, doivent faire exclure l'idée d'un spasme de ce canal pour interpréter les ictères émotifs survenant brusquement.

Puisque la cause de l'obstruction du cholédoque ne peut être attribuée à une couche musculaire qui manque, force est donc de reconnaître que la lumière du conduit est oblitérée par un bouchon muqueux comme l'ont admis Virchow et Vulpian pour l'ictère catarrhal. Ce dernier mécanisme est assez satisfaisant pour l'esprit lorsque l'ictère est consécutif à un catarrhe gastro-intestinal, fait très fréquent. Une légère congestion de la muqueuse gastro-intestinale se propage par l'orifice à l'ampoule de Vater à la muqueuse qui revêt le canal cholédoque. »

PATHOGÉNIE DE L'ICTÈRE ÉMOTIF SECONDAIRE

Quand un certain temps s'écoule entre l'émotion elle-même et le début de l'ictère, quand cet ictère ne se produit, par exemple, que plusieurs jours après l'émotion, quand, en un mot, au lieu d'un ictère émotif immédiat, on se trouve en présence d'un ictère émotif retardé, n'y a-t-il pas lieu de penser à un autre mécanisme pathogénique ?

La pathogénie a été très bien étudiée par le professeur Potain et nous ne saurions mieux faire que de rapporter ce qu'il a dit dans une leçon clinique faite à la Charité : « Le spasme ne peut expliquer l'ictère émotif secondaire, car il ne peut durer très longtemps; de même, une paralysie vasculaire, qui laisse les vaisseaux se distendre, n'entraîne qu'un abaissement momentané de pression, celle-ci s'élève bientôt par baisse de la réplétion des vaisseaux. Il faut donc rechercher d'autres causes. Or, si on étudie attentivement les faits de l'ictère apparu tardivement, on constate qu'entre l'émotion causale et l'ictère

consécutif, le malade a présenté des symptômes d'embarras gastrique.

« Précisément, l'embarras gastrique seul peut déterminer de l'ictère par infection des voies biliaires, par tuméfaction consécutive de la muqueuse des conduits, même quelquefois par la production d'un bouchon muqueux au niveau de l'ampoule de Vater.

« Mais comment comprendre qu'une émotion morale puisse produire de l'embarras gastrique ?

« Quelle relation peut-il exister entre l'émotion et l'infection ? Cette relation existe et n'est pas difficile à expliquer. Le tube intestinal est rempli de substances nocives et d'organismes prêts à envahir l'économie ; mais, à l'état normal, les glandes intestinales, les conduits biliaires et la bile sont aseptiques. Cet état peut se modifier ; les glandes et les conduits peuvent s'infecter. Il semble que plus une glande sécrète abondamment, moins elle se laisse envahir par les microbes. Or, les sécrétions sont réglées par le système nerveux, et de cette façon le système nerveux peut préparer l'infection. Je n'ai, malheureusement, aucun fait démonstratif à vous citer, mais cette hypothèse me paraît assez rationnelle. »

Cette théorie qui nous paraît très logique est d'ailleurs celle du professeur Debove : « Sous une influence nerveuse, dit-il, il peut y avoir une modification dans les sécrétions et les mouvements de l'estomac et du duodénum, une paralysie du sphincter du cholédoque, un arrêt dans l'écoulement de la bile, ou une altération de sa sécrétion qui favorise l'infection des voies biliaires. Cette théorie, à laquelle je serais bien en peine de fournir des

preuves à l'appui, permet de comprendre pourquoi l'ictère catarrhal et l'ictère émotif ont tant de ressemblance, pourquoi tant d'ictères qui ont manifestement une origine catarrhale ont souvent été précédés d'un trouble nerveux, et en étudiant soigneusement les faits d'ictère catarrhal, je suis convaincu qu'on trouvera souvent une cause émotionnelle rejetée à tort à cause du temps assez considérable séparant la cause de l'effet. »

Nous partageons cette manière de voir et nous admettons que l'ictère émotif secondaire n'est qu'un ictère catarrhal consécutif à un embarras gastrique causé par la perturbation nerveuse.

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISON.

L'évolution est bien différente suivant qu'il s'agit d'un ictère émotif précoce ou d'un ictère émotif secondaire.

L'ictère émotif précoce, aseptique, est de courte durée ne dépassant pas 6 à 8 jours, s'accompagne de symptômes bénins, qui n'ont aucun retentissement sur l'organisme.

L'ictère émotif tardif aseptico-septique, ou septique d'emblée (forme bénigne), a une durée plus longue, quinze à vingt jours au minimum, les symptômes sont plus accentués et parfois lorsque le rein est malade, il se complique d'*ictère grave* pouvant entraîner la mort.

PRONOSTIC

D'après les symptômes de l'ictère émotif primitif nous pouvons dire que le pronostic est assez bénin en général.

Car nous avons pu voir des malades atteints de cette affection appartenant à la classe pauvre ne pas consulter le médecin.

Mais nous devons nous rappeler que les ictères les plus simples peuvent devenir nocifs.

L'ictère émotif secondaire a un pronostic plus sérieux ; il dépend surtout des antécédents personnels du malade. En effet que le malade ait eu son foie antérieurement malade, l'ictère émotif, bénin au début, peut facilement se transformer en ictère grave avec toutes ses conséquences fâcheuses.

Il faudra rechercher, par un examen minutieux, si la résorption de la bile par l'organisme est largement compensée par l'élimination.

Examiner les urines avec beaucoup de soin, leur quantité, leur teneur en urée, rechercher attentivement les

matières colorantes biliaires et la bilirubine, car c'est d'ici que découle tout le pronostic de l'affection. « *Le danger n'est pas au foie, il est au rein.* »

Toutes les causes débilitantes, les affections du cœur, du foie, les troubles de nutrition divers peuvent transformer l'ictère simple en *ictère grave*.

Chez les alcooliques, à cause de l'altération du foie et du rein, un ictère catarrhal simple peut s'aggraver et devenir mortel.

Pour la même raison, si l'on s'en rapporte aux observations, l'ictère émotif serait grave chez les femmes enceintes.

DIAGNOSTIC

Il est en général facile de faire le diagnostic d'ictère, il se reconnaît à la coloration jaune de la peau et des conjonctives et à la présence du pigment biliaire dans les urines reconnu par la réaction de Gmelin et celle de Pettenkofer. Nous éliminerons facilement l'ictère par obstruction des voies biliaires due à un calcul, par compression d'une tumeur du foie, du duodenum ou de la tête du pancréas. Dans ce cas l'ictère est persistant et en outre verdâtre ou noir.

L'ictère cirrhotique se distinguera de l'ictère émotif par sa persistance et l'augmentation du volume du foie.

Mais la difficulté est plus grande avec l'ictère catarrhal.

Dans le cas d'ictère émotif précoce, le diagnostic s'impose, lorsque le malade est pris brusquement, en pleine santé, d'ictère à la suite d'une vive émotion morale.

Lorsque l'ictère n'est apparu que quelques jours après l'émotion, on peut alors se demander si ce n'est pas un ictère catarrhal. La ressemblance est très grande

mais pourtant après un interrogatoire approfondi on apprendra que l'ictère est survenu chez un individu, de préférence une femme ou un enfant, en bonne santé, qui est en général nerveux, hystérique ou impressionnable.

L'ictère catarrhal survient chez une personne présentant des troubles digestifs, la langue sale, des nausées, des vomissements, de la constipation, etc.

Il faudra encore se mettre en garde contre l'ictère syphilitique qui apparaît sans prodromes, et dans ce cas on interrogera le malade sur ses antécédents.

TRAITEMENT

Dans le cas d'ictère précoce le traitement sera surtout une hygiène rigoureuse, un régime alimentaire où le lait tiendra la première place, l'eau de Vichy et les purgatifs salins.

Lorsqu'il s'agit d'un ictère émotif secondaire, on empêchera la production et l'accumulation des toxines dans l'organisme.

On prescrira donc les antiseptiques intestinaux, en particulier le salicylate de soude et le salol associés, qui s'éliminant en partie par la bile sous forme de combinaisons salicyliques, peuvent ainsi réaliser du même coup l'antisepsie intestinale et biliaire.

Par le régime lacté, on obtiendra une action concordante, en même temps qu'on provoquera une diurèse éliminatrice.

On rétablira le plus promptement possible la perméabilité biliaire.

On donnera dans ce but, des purgatifs salins répétés et de l'eau de Vichy.

On pourra employer avec avantage la méthode préconisée par Krüll et consistant dans l'emploi des grands lavements froids chaque matin ; on administre un grand lavement (un litre à un litre et demi) d'eau à 15°, que le malade arrive assez facilement à conserver cinq à dix minutes.

On interdira rigoureusement toutes les boissons alcooliques, soit pendant la maladie, soit pendant la convalescence.

OBSERVATIONS

QUELQUES CAS D'ICTÈRE PRÉCOCE

OBSERVATION I

Empruntée à la thèse de M. Manhoury.

Un homme fort sensible, détenu pour ses opinions politiques, entend un bruit imprévu que font deux gendarmes qui conduisent son épouse dans la cellule où il est enfermé, aussitôt sentiment de suffocation, pâleur de la face, puis jaunisse.

OBSERVATION II

Citée par M. Villeneuve dans le *Dictionnaire des sciences médicales*.

Un jeune militaire reçoit un soufflet dans un lieu public, et, dans la fureur qui le transporte, tire son épée et se précipite sur son agresseur. Retenu par les témoins de la scène, il s'épuise en vains efforts pour se dégager et tirer vengeance de l'outrage, qu'il venait de subir. Presqu'au même instant, il devient jaune.

OBSERVATION III

(Jules Simon).

« Je viens de relire une observation prise par moi en 1886, à l'hôpital Necker, où une femme de 31 ans éprouva, le 24 janvier, à 5 heures du matin, une vive émotion. A 8 heures, elle entra dans son atelier de bandagiste, où elle travaillait, et déjà ses camarades pouvaient constater une très forte coloration de la conjonctive et du tégument externe. »

OBSERVATION IV

Rapportée par M. Chauffard. (*Archives générales de médecine*, octobre 1890.)

*Ictère avec oblitération consécutive du canal cholédoque.
Guérison apparente avec persistance de l'urobilinurie et de la glycosurie alimentaire.*

Emm. G..., âgé de 26 ans, entre à Broussais, le 9 juin 1890 au n° 9 de la salle Lasèque. C'est un robuste garçon, toujours bien portant et qui, malgré sa profession de sommelier, ne semble pas alcoolique. Il en nie tout antécédent, et n'en présente du reste aucun stigmate appréciable fonctionnel ou physique.

Le 6, G... se lève absolument bien portant, dit-il, n'ayant, les jours précédents, commis aucun écart de régime ni ressenti la moindre indisposition. Il se met à son travail, mais vers 8 heures du matin, il a une altercation violente avec un autre employé de la maison et se maintient à grand'peine pour ne pas se laisser aller à des voies de faits. Il est encore tout ému de cet incident quand, une heure après, à 9 heures environ, son patron descendu au magasin lui dit qu'il est jaune, ce qu'il constate en

effet. En même temps commençait à se montrer une céphalalgie pesante. Le lendemain, et les jours suivants, sans fièvre, sans anorexie, ni nausées, l'ictère s'accroît. Tel est le récit formel du malade intelligent du reste et parfaitement en état d'expliquer ce qui lui est arrivé.

Actuellement, G... présente un ictère jaune citron clair des téguments et des conjonctives. Tête lourde, courbature générale, douleurs musculaires, faiblesse croissante. Il n'y a cependant pas de fièvre et disons tout de suite que la température rectale n'a jamais, dans le cours de la maladie, dépassé 37°5. Le pouls est à 60.

La langue est très légèrement blanchâtre à son centre, l'appétit est du reste conservé, la bouche n'est pas amère, il n'y a pas de nausées ; deux garde-robes en moyenne par jour, molles, foncées et d'aspect bilieux.

Foie ni tuméfié, ni douloureux, rate normale. Rien aux poumons ; au cœur, léger roulement à la pointe, à la fois diastolique et présystolique. Urines fortement biliphéiques non albumineuses.

Le 11 l'ictère est d'un jaune plus vif, et de plus les matières fécales sont décolorées et argileuses. La céphalalgie est plus intense que les jours précédents.

A l'eau de Vichy administrée les jours précédents, on joint deux grands lavements froids de deux litres par jour.

Du 12 au 14 même état.

Du 15 au 17 crise urinaire ; les urines atteignent et dépassent même un peu les 2 litres, l'urée s'élève à 18 grammes, puis brusquement à 35 grammes pour retomber ensuite à 29 et 25 grammes (pendant le reste de la maladie les urines ont oscillé autour de 1500 grammes et l'urée entre 16 et 20 grammes).

Le malade reste cependant sans force, son pouls est faible, irrégulier et se précipite dans la position assise.

Le 17, jour du maximum de la crise urinaire, l'ictère dimi-

nue et les matières se recolorent. Les urines restent encore biliphéiques quoiqu'à un moindre degré et urobiliques.

Le 19 l'ictère diminue rapidement et n'existe plus que sur les conjonctives. Plus trace de biliverdine dans les urines.

Le 20, 2^e épreuve de la glycosurie alimentaire, même résultat que la première fois mais avec une réduction certainement moins abondante.

Les forces et la gaieté reviennent au malade qui commence à se déclarer guéri.

Le 22 l'ictère a complètement disparu et les fèces ont repris leur coloration.

Les forces sont revenues, mais amaigrissement assez notable et en quinze jours de maladie G... a perdu 3 kilogrammes.

Le 28, 3^e épreuve de la glycosurie alimentaire, même résultat que la fois précédente, réduction nette quoique assez peu abondante.

Le 29, urobilinurie moins prononcée, mais quantité notable de chromogène.

Le 2 juillet, 4^e épreuve de glycosurie alimentaire, mais cette fois avec 100 grammes seulement de sirop de sucre donnés à 11 h. 1/2. L'urine à 3 h. 1/2 présente encore une réduction nette.

Le 3, le malade exige sa sortie: Il ne présente plus d'autres symptômes morbides que son roulement diastolique et présystolique de la pointe et quelques inégalités du pouls, le tout semblant se rapporter à un léger rétrécissement mitral pré-existant.

OBSERVATION V (de M. Talamon).

Femme, âgée de 24 ans, couturière, atteinte depuis six jours d'un ictère intense. Ses conjonctives sont d'un jaune foncé et toute la surface du corps présente une teinte jaune safran avec reflets verdâtres.

La malade a toujours eu une santé parfaite et ne se rappelle pas avoir fait aucune maladie pendant son enfance.

L'ictère a débuté brusquement le 4 février. Elle s'était couchée la veille en bonne santé, ayant diné comme d'habitude.

A huit heures du matin une descente de police est faite en son domicile pour procéder à l'arrestation de l'homme avec lequel elle venait de passer la nuit. Elle a été bouleversée et n'a pu déjeuner.

Vers 1 heure ou 2 de l'après-midi, c'est-à-dire cinq à six heures après l'incident, on lui fait remarquer et elle constate avec étonnement qu'elle était devenue complètement jaune.

L'ictère, au dire de la malade, a été très intense le jour même du début et ne s'est pas modifié les jours suivants.

Les urines ont été de suite foncées et brunâtres ; elle n'a pas fait attention à la couleur des selles. Il n'y a pas eu de fièvre. Elle n'accuse ni courbature, ni malaise, ni troubles digestifs ; elle ne se plaint que d'être jaune.

Langue nette et humide.

Le foie déborde légèrement les fausses côtes et la pression est un peu douloureuse.

Les selles sont moulées et très colorées d'un vert foncé.

La malade sort de l'hôpital le 18 février, complètement guérie.

OBSERVATION VI (Rendu).

Le 3 décembre, on amenait, salle Sainte-Eulalie, à l'hôpital Necker, une femme de 24 ans, assez gravement malade d'une péritonite puerpérale ; accouchement en ville. une dizaine de jours auparavant normal ; suites de couches immédiates, normales ; mais, le 2 décembre, au moment où la convalescence paraissait certaine, un violent frisson, suivi de fièvre et de vomissements, s'était déclaré. Le lendemain, la malade se fit

conduire à l'hôpital, où nous la trouvâmes dans l'état suivant : Pouls à 120, température 40°5; météorisme considérable du ventre; facies altéré. Diagnostic : péritonite.

Sous l'influence du traitement, la fièvre ne tarda pas à tomber et les symptômes inquiétants disparurent rapidement.

Le samedi, 6 décembre, la température est à 37°, l'appétit est bon, la langue nette, l'état général tout à fait satisfaisant; seul le ventre restait ballonné. Il n'y avait pas eu de garde-robes depuis l'avant-veille et les urines étaient retenues dans la vessie depuis la veille. On indique de sonder la malade.

Les tentatives infructueuses du cathétérisme contrarièrent vivement la malade et elle fut prise d'une émotion très forte, qui se traduisit par une sorte de crise nerveuse.

L'externe renonça au cathétérisme, se réservant d'essayer de nouveau après la fin de la séance. Il remonta dans la salle et ne fut pas médiocrement étonné de voir que la malade qu'il avait laissée, une heure auparavant, avec le teint parfaitement clair, était manifestement subictérique.

Au moment où il se disposait à renouveler les tentatives de cathétérisme, cette femme, presque aussi émue que la première fois, se mit à uriner spontanément; ses urines étaient d'une couleur brun foncé et contenaient manifestement du pigment biliaire.

Deux heures après, la coloration jaune envahissait tous les téguments. Les urines ressemblaient à de la bière brune et verdissaient sous l'influence d'acide nitrique; une garde-robe émise par la malade avait l'aspect argileux et grisâtre des selles privées de la bile.

Le pouls restait calme, sans être ralenti.

L'examen du foie ne révélait rien d'anormal.

Pendant la journée du dimanche et du lundi, l'ictère atteignit son maximum d'intensité.

Le mardi, il commençait manifestement à pâlir, et les garde-

robes, peu colorées, renfermaient de la bile. Les urines restaient foncées comme la veille.

Le mercredi, il n'y avait plus pour ainsi dire de trace de la jaunisse ; les urines conservaient une teinte plus foncée et contenaient des pigments biliaires. Il est à remarquer qu'il s'agit d'une femme impressionnable, mais nullement hystérique et n'ayant jamais eu d'attaques de nerfs.

OBSERVATIONS

Rapportées par M. Potain.

A) Un pauvre homme ayant été pris par les insurgés, pendant la commune de 1871, et tenu en joue pendant quelques instants pour être fusillé, devint jaune tout à coup par suite de la violente émotion qu'il venait de ressentir.

B) Mme X..., couchée au n° 12 de la salle Sainte-Adélaïde hôpital Necker, est très nerveuse, très irascible. Elle était bien portante lorsque, le mardi qui précéda son entrée à l'hôpital, elle entra dans une violente colère vers dix heures du matin.

Quelques heures plus tard, sortant de chez elle, elle fut étonnée d'apprendre, de la bouche même de ceux qui la rencontraient dans la rue, qu'elle avait la jaunisse. La guérison fut rapide.

C) Un homme est en train de faire sa barbe quand on vient lui apprendre une nouvelle désastreuse ; en reprenant son rasoir, il s'aperçoit qu'il est devenu jaune.

D) Un duelliste, sur le terrain de combat, devint brusquement si jaune que l'arme tomba des mains de son adversaire.

OBSERVATION VIII (inédite)

Due à l'obligeance de M. Guizes, interne des hôpitaux.

M. X... interne des hôpitaux, âgé de 26 ans, prend un bain au mois d'août 1898 sur la plage de Berck.

Un homme se trouvant non loin de lui disparaît dans les flots et manque de se noyer.

M. X... prend peur et devient subitement jaune, vomit et se trouve dans l'obligation de sortir du bain.

Le soir même la coloration jaune se généralise ; on note la décoloration des selles, les urines foncées avec présence du pigment biliaire.

Le foie n'est ni hypertrophié, ni douloureux.

Rien au cœur, ni aux poumons.

M. X... est mis au régime lacté absolu.

Purgation répétée et repos.

La teinte ictérique persiste environ 8 jours pour faire place à une teinte subictérique dont la durée fut de 2 mois.

OBSERVATION IX

Due à l'obligeance de M. Thiroloix

B... Adèle, âgée de 21 ans, plumassière, entre le 10 août 1901, salle Collin, hôpital Tenon.

En excellente santé jusqu'à cette date : elle n'a jamais eu ni fièvre typhoïde, ni colique hépatique, ni jaunisse. Réglée à 12 ans, elle a toujours eu des règles régulières.

Le 8 août, sortant de chez elle, elle est renversée par une bicyclette et éprouve une grande frayeur, car au même moment, arrivait sur elle une voiture qui pouvait l'écraser. Relevée sans blessure du reste, mais en état syncopal, elle est reconduite chez elle en voiture à 11 heures du matin. Dans l'après-midi, vers 6 heures, elle remarque qu'elle est devenue jaune. Les urines prennent une teinte acajou.

Le 10 août, l'ictère est généralisé, jaune safran. Les urines sont colorées, renferment des pigments biliaires (Gmelin, Heischraft). Les fèces sont grisâtres. L'appétit est diminué, mais il n'y a ni nausées, ni vomissements. L'état général est bon, le pouls est à 66. Le foie et la rate sont normaux.

Dès le 15 août, les phénomènes rétrocedent, la malade se considère comme guérie et sort le 17. Les urines ne renferment plus de pigments biliaires, les fèces sont colorées. La peau seule conserve une légère teinte jaunâtre.

OBSERVATION X

Due à l'obligeance de M. Thiroloix

S... Auguste, âgé de 27 ans, domestique, laisse tomber une lampe allumée, remplie d'essence, sur un rideau de mousseline qui en quelques secondes flambe en totalité. S... est pris d'une frayeur subite, de la crainte de voir le feu se communiquer à tout l'appartement. Heureusement il n'en est rien et tout se borne à de minimes dégâts. S... continue son service, mais dans la soirée, il a de l'inappétence, des nausées, quelques vomissements : il éprouve un malaise général, des douleurs dans les masses musculaires. Il se couche et le lendemain, il remarque à son réveil, que les conjonctives, la bouche, la peau offrent une teinte jaune très accusée. Appelé près de lui, je constate un ictère biliphéique type avec pigments biliaires dans les urines, mais les garde-robes ont leur teinte normale, colorée. Le foie, la rate ne sont pas hypertrophiés, le ventre est souple. L'ictère dura dix jours et pendant tout ce laps de temps, les fèces restèrent colorées : il eut aussi quelques vomissements bilieux, verdâtres. Le malade, indiscipliné, ne voulut jamais supporter le régime lacté et s'alimenta avec des œufs, des soupes maigres, des légumes. L'anorexie fut constante : le poulx ralenti d'abord, devint normal le 4^e jour.

QUELQUES CAS D'ICTÈRE ÉMOTIF TARDIF

OBSERVATION I (Hardy).

Jeune garçon, 20 ans à peine, cocher d'une voiture de remise, était sur son siège, le 16 décembre, lorsque son cheval s'emportant tout à coup, traversait bride abattue places et rues sans que cet homme pût s'en rendre maître. Il s'attendait naturellement aux accidents les plus graves, il n'en fut rien ; le cheval put être arrêté au milieu de sa course folle.

Il rentra chez lui en proie à l'émotion qu'il venait de ressentir ; néanmoins, il dina comme d'habitude. Mais dès le lendemain, à son réveil, il ressentit quelque malaise, de la courbature, il avait un peu d'inappétence.

Le surlendemain, 18 décembre, la peau, de même que les conjonctives, étaient complètement jaunes, et les urines troubles, foncées comme la coloration de la bière brune.

OBSERVATION II (Variot).

Le jeune Eugène L..., âgé de 4 ans et demi, jusque-là très bien portant, descend de l'appartement de ses parents pour jouer et rencontre une bande de petits camarades avec lesquels il fait connaissance. L'un d'eux lui passe autour du cou une ficelle attachée par un nœud coulant et le presse de courir pour faire le cheval ; mais Eugène L..., a le cou serré dans tous ses mouvements, et il tombe comme étranglé sans connaissance. Il rentre chez lui tout pleurant, la figure violacée et portant autour du cou la trace très évidente du lien constricteur ; la peau est même éraflée au-devant du cartilage du larynx. Dès le lendemain, dit la mère, l'enfant avait les yeux jaunes, les urines se foncèrent et les matières se décolorèrent.

Le surlendemain, 3 septembre, il fut amené au dispensaire de Belleville et le docteur Nongué constate une teinte ictérique très prononcée des téguments. Les urines étaient brunes et troubles, les matières ressemblaient à du mastic. La langue était faible et mal en train. Pouls normal.

En 3 semaines tous ces accidents avaient disparu.

M. Variot fait remarquer que la mère de l'enfant serait sujette à des coliques hépatiques ; elle aurait eu sa première crise à l'âge de dix ans, après une violente émotion.

OBSERVATION III

(Citée par M. le professeur Debove.)

A... Il s'agit d'une femme de 23 ans qui, à part une pneumonie qu'elle a eue il y a quelques années, ne présente aucun antécédent morbide digne d'intérêt.

Au mois de juillet 1899, elle a accouché d'un enfant aujourd'hui bien portant, puis elle est venue à Paris se placer comme nourrice.

Le 27 décembre 1900 (à cette époque elle était encore nourrice), elle s'est aperçue qu'elle était jaune, que ses garde-robes étaient décolorées et ses urines foncées, puis elle eut les jours suivants des vomissements alimentaires survenant après chaque repas, ce qui ne l'empêchait nullement de manger de grand appétit ; d'ailleurs elle ne ressentait aucun malaise.

Elle ne serait pas entrée à l'hôpital si ses maîtres ne l'avaient obligée à venir s'y faire soigner et ne lui avaient retiré son nourrisson sous prétexte que son lait était devenu jaune.

L'état de la malade à son entrée à l'hôpital (22 janvier). plus de trois semaines après le début des accidents, était le suivant :

L'ictère est généralisé et d'une teinte foncée, facile à constater sur la peau et les muqueuses. Les urines ont une coloration foncée, les garde-robes sont décolorées.

Le pouls bat à 76 pulsations.

La température oscille entre 37 et 38°.

Il n'y a pas d'augmentation du volume du foie.

Les vomissements ont disparu dès l'entrée de la malade, sous l'influence du repos et du régime lacté. Cependant un jour, on constata un phénomène paradoxal en apparence, il y eut un vomissement de matière très nettement colorée par la bile, ce qui montre que l'excrétion de la bile n'était pas suspendue, mais qu'elle ne se faisait pas en quantité suffisante pour colorer les garde-robes.

L'exploration des divers appareils de la malade ne donna que des renseignements négatifs, si bien que, après une enquête clinique minutieuse, on conclut qu'il y avait ictère sans aucune autre espèce de troubles d'aucun appareil.

Quelle en est la cause ? Très probablement l'émotion associée au catarrhe.

En effet, le 24 décembre, la malade était seule dans sa cuisine avec un enfant de deux ans, elle entendit mettre une clef dans la serrure de la porte, il était nuit (6 heures du soir), la porte s'ouvrit, elle crut que c'était un cambrioleur. C'était simplement une bonne qui s'était trompée d'étage, mais dont la clef allait par hasard à la serrure d'une cuisine qui n'était pas la sienne.

La malade attribua à sa peur la jaunisse qui apparut huit jours plus tard.

OBSERVATION IV (personnelle).

M. T..., âgé de 40 ans, entre à l'hôpital Lariboisière le 9 juin 1901, au n° 33 de la salle Lasègue.

C'est un homme de taille moyenne et de force médiocre, il prétend n'avoir jamais été malade. Il exerce la profession de marchand de quatre saisons ; quoique niant tout antécédent éthylique nous avons pu constater chez lui des signes d'alcoolisme.

D'ailleurs sa femme interrogée à ce sujet affirme que son mari se donne à la boisson.

Le 6 juin 1901, il se lève le matin tout à fait bien, n'ayant fait la veille aucun excès de régime.

Ayant déjà des soupçons sur la malhonnêteté de son garçon, il apprend, ce matin même, que ce dernier était encore en faute.

Il fit des observations au garçon, il s'ensuivit une forte discussion sans que pourtant ils en arrivassent aux coups. M. T..., très colère, congédia immédiatement son garçon. Il en ressentit une vive émotion.

Le soir même, M. T... ne put dormir, il avait des cauchemars.

Le lendemain, il a de la courbature, de l'inappétence, la bouche amère.

Le surlendemain matin, il remarqua que ses urines étaient très foncées et ne sachant à quoi attribuer cette coloration, il en fit part à sa femme, qui s'aperçut que ses yeux étaient un peu jaunes.

Dans la journée du 8 juin la teinte jaune se généralise et le malade entre à l'hôpital le 9 juin.

A son entrée nous constatons un ictère très foncé, généralisé aux téguments, aux conjonctives, au voile du palais et à la face inférieure de la langue, la température est de 37°6.

Une courbature généralisée et une difficulté à répondre aux questions posées.

La langue est saburrale, les selles sont décolorées, les urines foncées contenant du pigment biliaire et de l'albumine.

Prurit généralisé et traces de grattage.

Le foie est légèrement augmenté de volume et un peu douloureux.

La rate est normale.

Le cœur et les poumons sont normaux.

Le malade est mis au régime lacté absolu, eau de Vichy, purgation au calomel, 50 centigr.

Le 10, ictère toujours foncé, matières toujours décolorées.

Etat général mauvais. Température moyenne 37°9.

Le 11 et 12 même état, T. 38°.

Le 13, le malade est plus éveillé, répond mieux aux questions posées, ictère toujours aussi prononcé ; présence d'albumine dans les urines. T. 37°.

Le malade va mieux jusqu'au 18 ; à ce moment la T. monte à 38°2, mais l'ictère semble diminuer.

Il quitte le service le 20, sur sa demande conservant sa coloration ictérique, les urines sont foncées avec présence d'albumine, les selles décolorées.

Nous avons revu notre malade qui dit avoir été à la campagne pendant 3 semaines.

Il ne but que du lait, 4 litres par jour, de l'eau de Vichy et prit de temps en temps des petites purgations.

L'ictère disparut complètement au bout de 21 jours et le malade put reprendre son travail le 12 juillet complètement guéri.

OBSERVATION V

(Potain) *Gazette des hôpitaux*, 1879.

« Cette femme avait eu une colère violente ; auparavant elle se portait bien, allaitant un enfant et ne s'en trouvant pas trop fatiguée. Le lendemain de cette colère très violente, elle éprouve des nausées, de l'inappétence, les troubles de l'état catarrhal des voies digestives. Le lendemain, soit le deuxième jour après son excitation nerveuse, elle avait de l'ictère. »

OBSERVATION VI

Empruntée à la thèse de M. Vaissette et rapportée
intégralement.

« Un de nos collègues et amis, interne en 1858, rentra tard à l'hôpital. Les deux autres internes qui logeaient à côté de lui, pour se donner une distraction blâmable, pénétrèrent dans sa chambre où ils installèrent des objets étranges destinés à épouvanter leur ami. Celui-ci, d'un caractère sans doute un peu pusillanime, eut une frayeur telle quand il rentra chez lui dans la nuit, que, dès le lendemain matin, un ictère se manifesta et acquit bientôt une grande intensité de coloration. Il dura plus de huit jours. »

CONCLUSIONS

L'ictère biliphéique peut apparaître :

I. A la suite d'émotions violentes.

II. Le syndrome « ictère » suit immédiatement la cause ou ne se montre que tardivement.

III. En se basant sur l'époque d'apparition de l'ictère, nous pouvons distinguer une forme précoce et une forme tardive.

IV. Une pathogénie univoque ne peut expliquer ces deux formes.

V. L'ictère émotif précoce ne reconnaît pas pour cause une infection, mais un trouble physiologique, trouble tour à tour observé dans les voies biliaires (spasme ou paralysie), ou dans la cellule hépatique (hyper-sécrétion biliaire.)

L'ictère émotif précoce peut donc être encore appelé aseptique, spasmodique ou polycholique.

VI. L'ictère émotif tardif rentre dans la classe des

ictères infectieux ; il peut donc être comme ces derniers, bénin ou malin, suivant le terrain sur lequel il évolue. Cette forme constitue l'ictère émotif tardif, septique.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
G. BRISSAUD

Vu : LE DOYEN,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer,
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- SUNDERS. — A treatise on the structur, economy, and diseases of the liver (London, 1795).
- CHAPP. — Observation sur un ictère spasmodique (Journ. gén. de méd., chir. et pharm., Paris, 1808, xxxii, 241-248).
- VILLENEUVE. — Dictionn. des sciences médicales, Paris, 1818, art. ictère, page 420.
- TIEDMAN et GMELIN. — Recherches expérimentales sur la digestion, Paris, 1827, t. II, page 48.
- FRERICHS. — Traité des maladies du foie, page 96.
- LOMBARD. — Gazette médicale, Paris, 1836, page 794.
- FRANÇOIS. — Quelques mots sur l'ictère spasmodique et son traitement. (Bull. Soc. méd., Gand, 1836, II, 133-135).
- FOUQUIER. — Plusieurs cas d'ictère essentiel (Gaz. des Hôpitaux, 1843, ser. 2, v, 147).
- SCHWEIGH (H.). — Icterus spaticus (Arch. f. physiol. Heilkunde, Stuttgart, 1844, III, 220-222).
- DECREAISNE. — Annales de la Société de médecine de Gand, année 1845, page 46.
- GRISOLLE. — Traité de pathologie interne, t. II, page 942.
- VAISSETTE. — Thèse, Montpellier, 1862, Considérations, sur l'ictère.
- MANHOURY. — Thèse. Paris, an X.

LABORDE. — Thèse d'agrégation, Physiologie pathologique de l'ictère.

— Sur la contractilité, le spasme et la sensibilité des canaux biliaires. Tribune médicale, 1878.

AUDIGÉ (R. H.). — Recherches expérimentales sur l'ictère mécanique (comptes rendus Soc. de biol., Paris, 1874, série 5, V, 369-372, et Gaz. méd. Paris, 1874, 9).

— Recherches expérimentales sur le spasme des voies biliaires à propos du traitement de la colique hépatique, et sur l'ictère mécanique, Paris, 1874.

JULES-SIMON. — Nouveau dict. de méd. et chir. pratique, 1874, art. ictère, t. XVIII, page 329.

FRANK. — Fonctions motrices du cerveau.

LUDWIG. — Fleisch Ludwigr. Arbeiten.

POTAIN. — De l'ictère spasmodique secondaire (Gaz. des hôp. Paris, 1879, 834-837).

— Ictère spasmodique immédiat. (Gaz. des hôp., Paris, 1884, 243.)

— Ictère émotif (Semaine médicale, Paris, 1894, page 381.)

HARDY. — De l'ictère émotionnel (Gaz. des hôp., Paris, 1882, IV, page 9-11).

MENDIBOURE. — Pathogénie de l'ictère émotif (Thèse de Paris, 1884).

RENDU (H.). — Ictère émotif survenu en quelques heures ; observation et réflexions (France méd., Paris, 1884. II, 1817-1820).

NEGEL. — Un cas d'ictère émotif accompagné d'une éruption générale de lichen (Progrès médical, Paris, 1886, 2 S. IV, 677).

DOUILLET. — Thèse, 1885 : Essai sur le mécanisme de la résorption biliaire dans l'ictère.

BERNHEIM. — Dictionnaire des sciences médicales, art. ictère, t. XV, p. 392.

CHAUFFARD. — Archives générales de médecine, 1890, p. 410.
— Traité de médecine, V^e volume. 1902

- DARAIGNEZ. — Essai sur la pathogénie de l'ictère. Thèse, 1890.
- VARIOT. — Ictère émotif chez un enfant (Journ. de clinique et de therap. inf. Paris, 1894, II, 167-170).
- FRANSÉS. — Contribution à l'étude de l'ictère émotif. Thèse, 1894.
- LAFFITE. — Ictère émotif. Thèse, 1895.
- TALAMON. — Médecine moderne, 23 août 1893, p. 842.
- GUERBÉ. — Ictère émotif, manifestation hystérique. Thèse, 1898.
- FÉRÉ (Ch.). — Pathologie des émotions.
- DIEULAFOY. — Pathologie interne.
- LANCEREAUX. — Traité des maladies du foie et du pancréas.
- BERMANN. — Pathogénie de l'ictère émotif. Thèse, 1900.
- DEBOVE. — Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 25 avril 1901.
- LIBERMEISTER. — Zur pathogenese des Icterus (Deutsche Med. Woch., 1893).
- PICARD. — Ictère émotif. Thèse, 1901.
- CHARPY et POIRIER. — Traité d'anatomie humaine, t. IV, voies biliaires.
- CARNOT et GILBERT. — Les fonctions hépatiques, 1902.



BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE F. DEVERDUN
